

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係			
	内訳	法定													
		付加													
		食事													
期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	資格	得喪	昭和	平成	年	月	日
	平成	年	月	日まで	日間	平成	年	月	日			平成	年	月	日
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%														

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 家族

## 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		記号番号		②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要				㊟		
	③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します		〒 -								
	④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		- -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯		- -		
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要										
	⑥傷病名		⑦発病又は負傷の年月日 (負傷の場合は 時頃)		平成 年 月 日						
	⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)		⑨第三者の行為によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	⑩診療を受けた医療機関の名称		(a)		(b)		所在地				
	⑪診療の内容										
	⑫診療の期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		⑬診療に要した費用の額		円		
	⑭上の⑫に書いた期間中で入院した期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで								
	⑮療養の給付を受けられなかった理由		<input type="checkbox"/> 装具製作所が保険契約なきため		<input type="checkbox"/> 眼鏡購入店が保険契約なきため		<input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため				
			<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため		<input type="checkbox"/> その他 ( )						
	⑯被扶養者に関する申請のときはその者の		(a)氏名		(b)生年月日		(c)被保険者との続柄				
			昭・平 年 月 日								
	⑰この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することが明らかですか		<input type="checkbox"/> はい⇒⑱へ		<input type="checkbox"/> いいえ⇒⑲へ						
⑱この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度（任意継続被保険者制度・退職者医療制度）に加入していますか		<input type="checkbox"/> はい⇒⑲～⑳記入不要		<input type="checkbox"/> いいえ⇒⑲へ（⑳記入不要）							
⑲振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちらか一方を記入		銀行		銀行普通店番		7がナ					
		郵便局		支店当座口座番号		名義人氏名					
		記号		番号		7がナ					
		記号		番号		名義人氏名					
⑳委任状 (押印必須) ●外国籍を有する方のみサイン可		私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領方を委任します。  平成 年 月 日  被保険者住所 被保険者氏名 ㊟									

【注意事項】

- 治療用装具代の申請をする場合  
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。  
『医療担当者による証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合  
以下の書類を添付して下さい。  
『診療報酬明細書』(写し可)⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。  
『領収証』(原本)  
診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎に分けてご記入下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(不備書類の場合を除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059

≪2ページ目につづく≫

受 付 印

# 診療報酬明細書 〔添付可〕

患者名				診療期間	年	月	日から	実日数 日間
傷病名					年	月	日まで	
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注射	皮下筋肉		回	円
指導			円		静脈内		回	
再診	時間内	回	円		その他		回	
在宅	時間外	回		処置				円
	休日	回			手術	薬剤		回
在宅	深夜	回		手術				
	往診	回	円		手術	薬剤		回
在宅	夜間	回		手術				
	深夜・緊急	回			手術	薬剤		回
在宅	在宅患者訪問診療	回		手術				
	その他	回			手術	薬剤		回
在宅	薬剤	回		手術				
	内服	薬剤 調剤	回		検査	薬剤		回
屯服	薬剤 調剤		回	検査		薬剤		回
投薬		外用	薬剤 調剤		回	検査	画像診断	
	処方	薬剤 調剤		回	検査		薬剤	
投薬	麻毒		薬剤 調剤	回		検査		
	調基	薬剤 調剤		回	検査		その他	
入院	入院年月日		年 月 日			食事	基準	円×
	病診衣	入院料	×	日間	円×			日間
入院	病診衣	医学管理	×	日間	食事	円×	日間	
		特定入院料・その他	×	日間		円×	日間	
				合計	食事療養の 給付	請求額 日 円	負担額 円	
					合計	療養の 給付	(1点 円で計算)	円

上記のとおり診療（領収）いたしました。 平成 年 月 日

医療機関の名称・所在地

医師の氏名

電話番号 ( )

印

〔医療機関の方へ〕

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。
3. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。

# 《記入例》治療用装具を作成した場合 1ページ目

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係		
	内訳	法定							<b>記入不要</b>					
		付加												
		食事												
期間	平成	年	月	日	平成	年	月	日	資格	喪	平成	年	月	日
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%													

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 家族

## 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 <b>999</b> 番号 <b>999999</b>	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	<b>健保 太郎</b>	
	③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します	〒 <b>999-9999</b> <b>〇〇県△△市××99-99</b>		専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	<b>99-9999-9999</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	<b>〇〇××株式会社</b>			
	⑥傷病名	<b>前十字靭帯損傷</b>	⑦発病又は負傷の年月日	平成 <b>24</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	<b>バスケットボール競技中に負傷</b>	⑨第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	⑩診療を受けた医療機関の名称	<b>××医院</b>	(b) 所在地	<b>〇〇県〇〇市〇〇9999</b>	
	⑪診療の内容	<b>軟性コルセットを装着</b>			
	⑫診療の期間	平成 <b>24</b> 年 <b>12</b> 月 <b>15</b> 日から 平成 年 月 日まで	⑬診療に要した費用の額	<b>22,294</b> 円	
	⑭上の⑫に書いた期間中で入院した期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	⑮療養の給付を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 装具製作所が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 眼鏡購入店が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	⑯被扶養者に関する申請のときはその者の	(a) 氏名 <b>健保 一郎</b>	(b) 生年月日 <b>昭・平 9年 1月 1日</b>	(c) 被保険者との続柄 <b>長男</b>	
	⑰この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する予定ですか	<input type="checkbox"/> はい⇒⑱へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑲へ			⑱で「いいえ」の場合は被保険者名義の口座を記入
	⑲振込希望口座	銀行	普通店番	支店当座	口座番号
	⑲(銀行か郵便局のどちらか一方を記入)	郵便局	記号	番号	名義人氏名
⑳委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記の受領方を委任します。  被保険者住所 <b>〇〇県△△市××99-99</b> 被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>			平成 <b>24</b> 年 <b>12</b> 月 <b>20</b> 日 委任状を記入した日	

### 【注意事項】

- 治療用装具代の申請をする場合  
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。  
『医療担当者による証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合  
以下の書類を添付して下さい。  
『診療報酬明細書』(写し可)⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。  
『領収証』(原本)  
診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎に分けてご記入下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(不備書類の場合を除く)

### 【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059 療養1 H29.10

受付印

## 《記入例》治療用装具を作成した場合 2ページ目

### 診療報酬明細書 [添付可]

患者名				診療期間	年 月 日から	実日数
傷病名					年 月 日まで	日間
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注 射	皮下筋肉	回 円
指導			円		静脈内	回
					その他	回
再 診	時間内	回	円	処 置		
	時間外	回				
	休日	回				回 円
	深夜	回				
在 宅	往診	回	円	手 術	薬剤	回 円
	夜間	回				
	深夜・緊急	回				
	在宅患者訪問診療	回				
	その他					
	薬剤	回			薬剤	回 円

**領収証（原本）と医師の意見書が必要です。**  
**※領収書に装具の明細がない場合は明細も必要**  
**このページの提出は不要です。**

	し 調剤	回		診 断	薬剤	回		
	処方	回			そ の 他	処方せん		円
	麻毒 調基	回				薬剤		
入 院	入院年月日	年 月 日		食 事	基 準		円× 日間	
	病 診 衣	入 院 料	×			日間		円× 日間
			×			日間		円× 日間
	医 学 管 理	×	日間					円× 日間
		×	日間				合 計	食事療養
		×	日間		療養の給付	(1点 円で計算)		
	特定入院料・その他							円
上記のとおり診療（領収）いたしました。				平成 年 月 日				
医療機関の名称・所在地				印				
医師の氏名								
電話番号 ( )								

[医療機関の方へ]

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。
3. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。

# 《記入例》小児弱視等にかかる治療用眼鏡を作成した場合 1ページ目

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
		付加 食事										
期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間	賞 格 喪
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%											

記入不要

認印可  
シャチハタ不可

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者  
家 族

## 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	健保 太郎	
	③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び 不備書類返却の際に使用します	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99- 9999 -9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要	〇〇××株式会社			
	⑥傷病名	屈折性弱視		⑦発病又は 負傷の年月日	平成 年 不詳 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	先天性		⑨第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称	××医院		(b) 所在地	〇〇県□□市
	⑪診療の内容	治療用眼鏡を装着			
	⑫診療の期間	平成 24 年 12 月 15 日から	治療中	⑬診療に要 した費用の額	22,294 円
	⑭上の⑫に書いた期間中で入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで			
	⑮療養の給付を 受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 装具製作所が保険契約なきため <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡購入店が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	⑯被扶養者に関 する申請のと きはその者の	(a)氏 名	(b)生 年 月 日	(c)被保険者との続柄	
	⑰この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に 退職者医療制度)に加入していますか	健保 一郎		昭・平 19年 1月 1日	長男
	⑱で「いいえ」の場合は 被保険者名義の口座を記入	⑱振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちら か一方を記入			
⑲振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちら か一方を記入	銀行	銀行普通店 番 支店当座 口座番号	カガナ 名義人氏名		
⑲振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちら か一方を記入	郵便局	記号	番号		
⑳委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方 のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のと の受領方を委任します。			認印可 シャチハタ不可 外国国籍を有する方のみサイン可	
⑳委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方 のみサイン可	被保険者住所	〇〇県△△市××99-99		平成 24 年 12 月 20 日	
⑳委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方 のみサイン可	被保険者氏名	健保 太郎		委任状を記入した日	

≪2ページ目につづく≫

治療用眼鏡には上限金額が、  
38,461円と定められています。  
未就学児 38,461円×8割  
就学～9歳未満 38,461円×7割

### 【注意事項】

- 治療用装具代の申請をする場合  
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。  
『医療担当者による証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合  
以下の書類を添付して下さい。  
『診療報酬明細書』(写し可)⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。  
『領収証』(原本)  
診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎に分けてご記入下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(不備書類の場合を除く)

受 付 印

### 【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059

療養1 H29.10

《記入例》小児弱視等にかかる治療用眼鏡を作成した場合 2ページ目

診療報酬明細書 [添付可]

患者名				診療期間	年 月 日から	年 月 日まで	実日数
傷病名							日間
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉	回	円
指導			円		静脈内	回	
					その他	回	
再診	時間内	回	円	処			
	時間外	回					
	休日	回				回	円
	深夜	回					
在宅	往診	回	円	置	薬剤	回	
	夜間	回					円
	深夜・緊急	回		手			
	在宅患者訪問診療	回			手術		
	その他				薬剤	回	
	薬剤	回					

領収証（原本）と医師の意見書が必要です。  
このページの提出は不要です。

薬	外用	〔 薬剤 調剤	回	像	診断	薬剤	回				
	処方		回		その他	処方せん	円				
	麻毒 調基		回		薬剤						
入院	入院年月日	年 月 日		食	事	基	準	円×	日間		
	病 診 衣	入	×					日間	円×	日間	
			料					×	日間	円×	日間
	学	管	×					日間	円×	日間	
			理					×	日間	円×	日間
			理					×	日間	円×	日間
	特定入院料・その他			合	計	食事療養の請求額	負担額	円			
					療養の(1点 円で計算)		円				
					給付		円				
上記のとおり診療（領収）いたしました。 平成 年 月 日											
医療機関の名称・所在地											
医師の氏名 印											
電話番号 ( )											

[医療機関の方へ]

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。
3. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。

# 《記入例》保険証不所持の場合 1ページ目

★診療月毎、入通院毎にご記入下さい。また、複数の医療機関にかかった場合は医療機関毎にご記入下さい。

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係		
	内訳	法定							<b>記入不要</b>					
		付加												
		食事												
期間	平成	年	月	日	平成	年	月	日	資格	喪	平成	年	月	日
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%													

認印可  
シャチハタ不可

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

≧2ページ目につづく≧

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎		
	③被保険者の住所	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		専用線可	9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	-	
	⑤被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社				
	⑥傷病名	気管支炎	⑦発病又は負傷の年月日	平成 24 年 12 月 15 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく)	不詳	⑨第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑩診療を受けた医療機関の名称	××医院	(b) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇9999		
	⑪診療の内容	診察、投薬				
	⑫診療の期間	平成 24 年 12 月 15 日から 平成 年 月 日まで	治療中	⑬診療に要した費用の額	4,000 円	
	⑭上の⑫に書いた期間中で入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで				
	⑮療養の給付を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 器具製作所が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 眼鏡購入店が保険契約なきため <input checked="" type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	⑯被扶養者に関する申請のときはその者の	(a) 氏名	(b) 生年月日	(c) 被保険者との続柄		
	⑰この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する予定がある場合は、退職後(任意継続被保険者制度・退職者医療制度)に加入していますか	健保 一郎		昭・平 19年 1月 1日	長男	
⑱振込希望口座	銀行	銀行普通店番	支店当座	口座番号	名義人氏名	
⑳委任状 (押印必須)	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記の受領方を委任します。 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎					

### 【注意事項】

- 治療用器具代の申請をする場合  
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。  
『医療担当者による証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合  
以下の書類を添付して下さい。  
『診療報酬明細書』(写し可)⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。  
『領収証』(原本)  
診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎に分けてご記入下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(不備書類の場合を除く)

### 【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059 療養1 H29.10

受付印

委任状を記入した日

認印可  
シャチハタ不可  
外国国籍を有する方のみサイン可

平成 24 年 12 月 20 日

# 《記入例》保険証不所持の場合 2ページ目

## 診療報酬明細書 [添付可]

患者名				診療期間	年 月 日から	実日数		
傷病名					年 月 日まで		日間	
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉	回	円	
指導			円		静脈内	回		
再診	時間内	回	円		その他	回		
再診	時間外	回		処	置			
	休日	回					回	円
在宅	深夜	回		手	術			
	往診	回	円			薬剤	回	
	夜間	回					回	円
	深夜・緊急	回						
	在宅患者訪問診療	回						
	その他							
	薬剤	回			薬剤	回		
<b>領収証（原本）と診療報酬明細書（写）が必要です。</b> <b>診療報酬明細書は病院フォーマットでもらうか、このページに記入してもらう。</b>								
処方	回			薬剤	回			
麻毒調基	回			その他	処方せん		円	
					薬剤			
入院年月日	年 月 日			食	事		円× 日間	
病診衣	入院料	×	日間			基		円× 日間
		×	日間			準		円× 日間
医学管理	入院料	×	日間					円× 日間
		×	日間					円× 日間
特定入院料・その他		×	日間	合	計	食事療養の請求額	負担額	
						療養の(1点 円で計算)		
						給付	円	
上記のとおり診療（領収）いたしました。					平成	年 月 日		
医療機関の名称・所在地							印	
医師の氏名								
電話番号					( )			

[医療機関の方へ]

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。
3. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。

# 《記入例》前健保の保険証を使用した場合 1ページ目

★診療月毎、入通院毎にご記入下さい。また、複数の医療機関にかかった場合は医療機関毎にご記入下さい。

支給決議書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	内訳	法定										
		付加										
		食事										
期間	平成	年	月	日	平成	年	月	日				
	平成	年	月	日まで	日間	資格喪失	平成	年	月	日		
計算式	円 × 90% ・ 80% ・ 70%											

記入不要

認印可  
シャチハタ不可

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎		
	③被保険者の住所	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		専用線可	9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	-	-
	⑤被保険者の本籍会社名	〇〇××株式会社				
	⑥傷病名	気管支炎	⑦発病又は負傷の年月日	平成 24 年 12 月 15 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑧発病又は負傷の原因(具体的に詳しく)	不詳	⑨第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑩診療を受けた医療機関の名称	××医院	(b)所在地	〇〇県〇〇市〇〇9999		
	⑪診療の内容	診察、投薬				
	⑫診療の期間	平成 24 年 12 月 15 日から 平成 年 月 日まで	⑬診療に要した費用の額	4,000 円		
	⑭上の⑫に書いた期間中で入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで				
	⑮療養の給付を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 器具製作所が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 眼鏡購入店が保険契約なきため <input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input checked="" type="checkbox"/> 前健保の保険証を資格喪失後に使ったため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	⑯被扶養者に関する申請のときはその者の	(a)氏名 健保 一郎	(b)生年月日 昭・平 19年 1月 1日	(c)被保険者との続柄 長男		
	⑰この請求書を提出する時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する予定がある場合は、	<input type="checkbox"/> はい⇒⑱へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑲へ				
	⑱振込希望口座	銀行 番号	支店 番号	口座番号	名義人氏名	
	⑲委任状(押印必須)	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記の受領方を委任します。 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎				

≪2ページ目につづく≫

**【注意事項】**

- 治療用器具等の申請をする場合  
2ページ目の記入は必要ありません。但し、以下の書類(原本)を添付して下さい。  
『医療担当者による証明書』及び『領収書』
- 自費診療代の申請をする場合  
以下の書類を添付して下さい。  
『診療報酬明細書』(写し可)⇒2ページ目に直接医療機関の証明を受けても結構です。  
『領収証』(原本)  
診療月毎に申請書をご記入下さい。同診療月であっても、医療機関毎、入院・外来毎に分けてご記入下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(不備書類の場合を除く)

受 付 印

**【個人情報保護に関して】**

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。  
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。  
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059 療養1 H29.10

## 《記入例》前健保の保険証を使用してしまった場合 2ページ目

### 診療報酬明細書 [添付可]

患者名				診療期間	年 月 日から	実日数	
傷病名					年 月 日まで	日間	
初診	時間外・休日・深夜	回	円	注	皮下筋肉	回 円	
指導			円		静脈内	回	
					その他	回	
再診	時間内	回	円	処			
	時間外	回			置		円
	休日	回			薬	回	円
	深夜	回			手		
在宅	往診	回	円	術	薬	回 円	
	夜間	回					
	深夜・緊急	回					
	在宅患者訪問診療	回					
	その他						
	薬	回			回		

前健保発行の領収証（原本）と診療報酬明細書（写）が必要。  
 診療報酬明細書（写）は前健保から入手する。  
 このページの提出は不要。

処方	回	薬	回				
麻毒	回	その	処方せん	円			
調基		他	薬				
入院年月日	年 月 日	入院	食	基	円×	日間	
病診衣	入院		事	準	円×	日間	
	×				円×	日間	
	×				円×	日間	
	×		合	食	療	請求額	負担額
	×		計	事	養	日	円
特定入院料・その他			療	の	(1点	円で計算)	
			給	付		円	
上記のとおり診療（領収）いたしました。			平成 年 月 日				
医療機関の名称・所在地			印				
医師の氏名							
電話番号			( )				

[医療機関の方へ]

1. 薬剤名・検査名等は必ず記入して下さい。
2. 1点10円以外で算定された場合はその旨を記入して下さい。
3. 記入漏れのある場合、お問い合わせをさせて頂く場合がありますので、予めご了承下さい。